

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	記入年月日	年	月	日
	所属・職名			

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	1 個人	(2) 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人	
名称	(ふりがな)	医療法人社団誠仁会	
	医療法人社団誠仁会		
法人番号	法人番号の有無	(1) あり	2 なし
	法人番号		3.43001E+12
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 001-0023		
	北海道札幌市北区北23条西4丁目2-23		
連絡先	電話番号	011-738-1111	
	FAX番号	011738-1117	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	http://seijinkai-n.com	
代表者	氏名	西園康文	
	職名	理事長	
設立年月日	1992 年	3 月	日
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）		

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんせいじんかいほくたいどおりかいご 医療法人社団誠仁会北大通り 介護付き有料老人ホーム「ホーム北大通り」			
所在地	〒 001-0023	北海道札幌市北区北23条西4丁目2-23		
建物名等				
市区町村コード	都道府県	北海道	市区町村	
	最寄駅	地下鉄南北線北24条駅		
主な利用交通手段	交通手段と所要時間	北24条駅より徒歩2分		
連絡先	電話番号	011-738-1111		
	FAX番号	011-738-1117		
	メールアドレス			
	ホームページアドレス	http://seijinkai-n.com/hokudaidori		
管理者	氏名	中野嘉哉		
	職名	管理者		
建物の竣工日	2005 年 11 月 1 日			
有料老人ホーム事業の開始日	2007 年 8 月 1 日			

(類型) 【表示事項】

類型	① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） 3 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	0170203483	
	指定した自治体名	札幌市	
	事業所の指定日	2007 年 7 月 31 日	
	指定の更新日（直近）	2019 年 7 月 31 日	

3. 建物概要

土地	所有関係	敷地面積	389.8 m ²		
		1 事業者が自ら所有する土地	2 事業者が貸借する土地		
		2 事業者が貸借する土地の場合			
		貸借の種別	1 普通貸借	2 定期貸借	
		抵当権の有無	1 あり	2 なし	
		契約期間	1 あり	2 なし	
			開始	年	月
			終了	年	月
		契約の自動更新	1 あり	2 なし	
建物	所有関係	延床面積	全体	1746.27 m ²	
			うち、老人ホーム部分	211.75 m ²	
		耐火構造	1 耐火建築物		
			2 準耐火建築物		
			3 その他		
		構造	3 その他の場合		
			1 鉄筋コンクリート造		
			2 鉄骨造		
			3 木造		
		所有関係	4 その他		
			4 その他の場合		
			1 事業者が自ら所有する建物	2 事業者が貸借する建物	
		2 事業者が貸借する建物の場合			
		貸借の種別	1 普通貸借	2 定期貸借	
		抵当権の有無	1 あり	2 なし	
		契約期間	1 あり	2 なし	
			開始	年	月
			終了	年	月
		契約の自動更新	1 あり	2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	(1) 全室個室 (縁故者個室含む)				
		2 相部屋あり				
		最少				人部屋
		最大				人部屋
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
タイプ1	有 無	有 無	18 m ²	18	介護居室個室	
タイプ2	有 無	有 無	18.3 m ²	3	介護居室個室	
タイプ3	有 無	有 無	m ²			
タイプ4	有 無	有 無	m ²			
タイプ5	有 無	有 無	m ²			
タイプ6	有 無	有 無	m ²			
タイプ7	有 無	有 無	m ²			
タイプ8	有 無	有 無	m ²			
タイプ9	有 無	有 無	m ²			
タイプ10	有 無	有 無	m ²			

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入

共用施設	共用便所における便房	3 か所	うち男女別の対応が可能な便房	0 か所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3 か所
	共用浴室	3 か所	個室	3 か所
			大浴場	0 か所
	共用浴室における介護浴槽	1 か所	チェア一浴	0 か所
			リフト浴	1 か所
			ストレッチャー浴	0 か所
			その他	
	食堂	1 あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 なし	
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	

緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="radio"/> 1 全居室あり	2 一部居室あり	3 なし
	便所	<input checked="" type="radio"/> 1 全便所あり	2 一部便所あり	3 なし
	浴室	<input checked="" type="radio"/> 1 全浴室あり	2 一部浴室あり	3 なし
	その他			
		1 あり	2 一部あり	3 なし
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	高齢者又は家族のニーズに対し、即時的で包括的、継続的、体系的に対応しうるものでなければならぬ。障害を持つことや、年をとることを家族や自分自身の問題として捉えること、出来る限り地域の環境を変えず在宅生活ができるよう、地域全体で総合的かつ継続的に取り組むことが必要である。
サービスの提供内容に関する特色	1 フロア 7名で家庭的な施設をモットーとして取り組んでいます。食事は管理栄養士が作成した献立に基づいて、専門の調理スタッフがお作り致します。心豊かな楽しい毎日をお過ごし頂けるよう、ご入居者様のお誕生日を祝う会を始め、年間を通じて四季折々に様々なレクリエーションを行っております。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯・掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

入居継続支援加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
生活機能向上連携加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
ADL維持等加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
夜間看護体制加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
	(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし
若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" type="radio"/> 1 あり	<input type="radio"/> 2 なし

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	協力医療機関連携加算 (※1)	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算 (※2)	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	退院・退所時連携加算	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	退居時情報提供加算	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	看取り介護加算	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	新興感染症等施設療養費	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
介護職員等処遇改善加算	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	(I) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(II) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(III) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(IV) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (1) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (2) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (3) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (4) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (5) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (6) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (7) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (8) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (9) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
		(V) (10) <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
	1 <input type="radio"/> ありの場合	
	(介護・看護職員の配置率)	: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="radio"/> 救急車の手配
		<input type="radio"/> 入退院の付き添い
		<input type="radio"/> 通院介助
		その他
協力医療機関	1	名称 医療法人社団徳洲会 札幌東徳洲会病院
		住所 札幌市東区北33条東14丁目3-1
		診療科目 総合内科、脳神経外科、整形外科、他
		協力科目 総合内科、脳神経外科、整形外科、他
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	2	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1	名称 医療法人社団大志会 桑園ホームクリニック
		住所 札幌市中央区北一条2丁目11番地2YAMATO北1ビル2階
	2	診療科目 内科
		協力内容
協力歯科医療機関	1	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保
		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
	2	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 <input type="radio"/> なし		
1 ありの場合		
新興感染症発生時に連携する医療機関	医療機関の名称	医療法人社団大志会 桑園ホームクリニック
	医療機関の住所	札幌市中央区北一条2丁目11番地2YAMATO北1ビル2階
協力歯科医療機関	1	名称 ラビット歯科
		住所 札幌市北区北24条西4丁目1-21 モンレーブ24-4F
		協力内容 入居者が歯科診療を希望された場合に必要に応じて対応する。
	2	名称
		住所
	協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	一時介護室へ移る場合		
	介護居室へ移る場合		
	○	その他	入居者に対してより適切な介護を提供する為に必要と判断する場合には、施設内において変更する場合があります。
判断基準の内容	既存の居室での介護に支障が発生した場合		
手続きの内容	①事業者の指定する医師の確認 ②緊急時ややむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ③身元引受人の意見を聞く ④入居者の同意を得る ⑤変更先に既に入居者がいる場合は、同様の手続きを行い、同意を得る。		
追加的費用の有無	1 あり	(2) なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	1 あり	(2) なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	(2) なし
	便所の変更	1 あり	(2) なし
	浴室の変更	1 あり	(2) なし
	洗面所の変更	1 あり	(2) なし
	台所の変更	1 あり	(2) なし
		1 あり	(2) なし
	その他の変更	1 ありの場合 (変更内容)	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	(2) なし		
	要支援の者	1 あり	2 なし		
	要介護の者	1 あり	2 なし		
留意事項	入居契約書第3章使用上の注意				
契約解除の内容	入居契約書第5章				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第5章第29条			
	解約予告期間	3か月			
入居者から解約予告期間	1か月				
体験入居の内容	1 あり	2 なし			
	1 ありの場合 (内容)	1泊3食8,000円（外税）			
入居定員	21人				
その他					

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
		合計	常勤	
管理者	1		1	0 0.5
生活相談員	2		2	0 1
直接処遇職員	13		11	2 11.3
介護職員	12		10	2 10.3
看護職員	1		1	0 1
機能訓練指導員	1		1	0 0.3
計画作成担当者	1		1	0 0.5
栄養士	0		0	0 0
調理員	0		0	0 0
事務員	1		1	0 0.5
その他職員	0		0	0 0
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2				37.5 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	11	10	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	1	1	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(19 時 30 分 ~ 7 時 30 分)
	平均人数
看護職員	0 人
介護職員	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般形特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上職員配置比率※ 【表示事項】	a 1. 5 : 1 以上
		b 2 : 1 以上
		c 2. 5 : 1 以上
		d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.86 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし		
	業務にかかる資格等		1 あり 2 なし		
	1 ありの場合		資格等の名称 介護福祉士		
	看護職員 介護職員 生活相談員		機能訓練指導人	計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数					
前年度1年間の退職者数		1			
業務に従事した年数	1年未満		1		
	1年以上 3年未満	1		1	
	3年以上 5年未満		3		
	5年以上 10年未満		4		
	10年以上		3	1	1
	従業者の健康診断の実施状況	1 あり		2 なし	

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方法 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・月払い方式 3 月払い方式 4 選択方式 4 選択方式の場合、該当する方式をすべて選択 全額前払い方式 一部前払い・一部月払い方式 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり (2) なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり (2) なし
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件 地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、第8条に定める運営懇談会の意見を聞いた上で行うものとします。 手続き 改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	要支援 1	要介護 5
	年齢	80 歳	80 歳
居室の状況	床面積	18 m ²	18 m ²
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	100,000 円	100,000 円
月額費用の合計		154,752 円	169,300 円
	家賃	50,000 円	50,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	7,034 円	28,652 円
	介護保険外※2	食費	58,968 円
		管理費	38,750 円
		介護費用	0 円
		光熱水費	0 円
		その他	0 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000円（非課税）
敷金	家賃の 2ヶ月分
介護費用※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
管理費	38,750円（要支援）、31,680円（要介護）
食費	58,968円（30日 1日3食で試算）税込み 軽減税率
光熱水費	管理費に含まれております。
利用者の個別的な選択によるサービスの利用料	別添2
その他のサービス利用料	暖房費7,500円（非課税） 11月～4月 洗濯代別途

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	要介護度に応じて介護費用の1～3割を徴収する
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	

※介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 全国有料老人ホーム協会 2 連帯保証を行う銀行等 3 信託契約を行う信託会社等 4 保証保険を行う保険会社 1 全国有料老人ホーム協会以外の場合
	名称

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	4 人
	女性	16 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	2 人
	85歳以上	16 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	11 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6か月未満	2 人
	6か月以上1年未満	5 人
	1年以上5年未満	7 人
	5年以上10年未満	5 人
	10年以上15年未満	1 人
	15年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	89 歳
入居者数の合計	20 人
入居率※	95 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	5 人
	死亡	1 人
	その他	1 人
生前解約の状況	施設側の申し出	2 人
		(解約事由の例) 医療ニーズが高く対応困難
	入居者側の申し出	6 人
		(解約事由の例) 長期入院加療 ご自宅や他施設への転居

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入すること。

窓口 1

窓口の名称	医療法人社団誠仁会北大通り 生活相談員 中野嘉哉 森由紀	
電話番号	011-738-1111	
対応している時間	平日	8時45分～17時15分
	土曜	受付後、翌々日対応と致します
	日曜・祝日	なし
定休日		

窓口 2

窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	2 なし	
	1 ありの場合		
介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	1 あり	2 なし	
	1 ありの場合		
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	2 なし	
	1 ありの場合		
	実施日	令和6年 10月 1日	
第三者による評価の実施状況	結果の開示	あり	
	1 あり	(2) なし	
	1 ありの場合		
	実施日		
	評価機関名称		
	結果の開示		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛型	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規定	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり 2 なし
	1 ありの場合 (開催頻度) 年 2 回
	2 なしの場合 1 代替措置あり 2 代替措置なし
	1 代替措置ありの場合 (内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 1 あり 2 なし
	指針の整備 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施 1 あり 2 なし
	担当者の配置 1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催 1 あり 2 なし
	指針の整備 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと 1 あり (2) なし
	1 ありの場合 身体的拘束等を行う場合の様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 1 あり (2) なし

業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 ありの場合	
	提携ホーム名	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	1 ありの場合	
	合致しない事項がある場合の内容 「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="radio"/> 適合している（代替措置） <input type="radio"/> 適合している（将来の改善計画） <input checked="" type="radio"/> 適合していない
札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

備考

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees of a company. The data is grouped into 5 classes. Calculate the mean, median, mode and standard deviation.

添付書類： 別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）
 別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

様

説明年月日 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。